

Міністерство освіти та науки, молоді та спорту України
Міністерство охорони здоров'я
Сумський державний університет
Медичний інституту



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical Medicine

**Збірник тез доповідей
III Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 23-24 квітня 2015 року)**

Суми
Сумський державний університет
2015

контакт дитини з материнською кров'ю, оскільки розтин на матці прошивається гемостатичним швом до народження плода. на 38 тижні вагітності до початку пологів та вилиття навколоплідних вод. Антиретровірусні препарати приймають за 4 години до розродження. При розродженні шляхом гемостатичного кесаревого розтину разом із комбінованою АРТ, частота перинатальної трансмісії складає менше 2 %. Продовжували проведення АРТ під час пологів, проводився шкірний контакт дитини з матір'ю або батьком, призначалась АРТ новонародженому та штучне вигодовування.

Висновок. У результаті проведених досліджень розроблено алгоритм ведення вагітної з ВІЛ та схему ведення пологів у ВІЛ – інфікованих, що дозволяє знизити ризик інтранатального інфікування плода.

ОЦІНКА МІКРОБІОЦЕНОЗУ ГЕНІТАЛІЙ У ЖІНОК З ГІПЕРПРОЛІФЕРАТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ МАТКИ ТА ПАТОЛОГІЄЮ ШИЙКИ МАТКИ

Нарольська А.І., Горбань Н.Є., Пономарьова А.І.

науковий керівник – д.м.н. В.К. Кондратюк

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»,

Мета дослідження – вивчити особливості мікробіоценозу геніталій у жінок з гіперпроліферативними захворюваннями матки та патологією ШМ.

Матеріали і методи. Обстежено 150 хворих, які були розділені на 4 групи: А – 40 хворих з лейоміомою та хронічним сальпінгітом (ХС); Б – 40 пацієнток з аденоміозом та ХС; В – 40 обстежених з лейоміомою в поєднанні з аденоміозом та ХС; Г – 30 жінок з ХС. Контрольну групу становили 30 здорових жінок.

Результати та їх обговорення. У хворих А та Б груп встановлено значне зростання реєстрації гарднерел, дефіцит лактофлори, формування вірусно-бактеріальних асоціацій. У пацієнток групи В виявлені найбільш виражені порушення мікроекології цервікального каналу: підвищення частоти і кількісних показників висівання потенційно-патогенної мікрофлори (стафілококи, стрептококи, ешерихії), елімінація або значний дефіцит лактобацил, підвищення частоти діагностики гарднерельозу, хламідіозу та вірусних інфекцій. У хворих групи Г зафіксована підвищена частота і кількісний рівень реєстрації грибів р.Candida в асоціації з грампозитивними коками, ентеробактеріями і вірусами. Результати бактеріологічних досліджень свідчать, що у хворих всіх груп з ураженням шийки матки формується патологічна полівірусна контамінація слизової оболонки вірусами (HPV, HSV, CMV) та збудниками інфекцій «нового покоління» (хламідії, мікоплазма, уреоплазма). Найвища частота таких асоціацій виявлена у пацієнток поєднаними гіперпроліферативними захворюваннями матки (група В) – 32,5% та у обстежених з хронічним сальпінгітом – 30,0 %.

Висновки Таким чином, одержані дані дозволили виявити особливості структурних порушень мікроекології статевих шляхів у обстежених жінок всіх груп, що свідчить про необхідність застосування методів терапії, спрямованих на елімінацію інфекційних агентів та відновлення нормоценозу цервікального каналу шийки матки.

ГІПОТИРЕОЗ ЯК ОДНА ІЗ ПРИЧИН ЕНДОКРИННОГО БЕСПЛІДДЯ У ЖІНОК

Новикова О.О., студ. 5 курсу

Науковий керівник – д.мед.н., проф. Бойко В.І.

Сумський державний університет

Частота безпліддя серед подружніх пар репродуктивного віку в Україні становить 10-15%, в окремих регіонах цей показник складає 20%. Тобто кожна 10-та пара є безплідною. У структурі безпліддя даними на 2014 рік, жіноче складає близько 79%. Таким чином серед 12,3 млн жінок репродуктивного віку, 1 млн-безплідні. Тому проблема набуває не лише медичного,

але і соціально-демографічного значення.

Ендокринне безпліддя, пов'язане з порушенням овуляції, серед інших форм складає близько 35-40%. Одією з наймовірніших причин є дисфункція щитоподібної залози, що суттєво впливає на стан репродуктивної функції жінки. Гіпотиреоз призводить до порушень менструального циклу (оліго-,аменорея), невиношування вагітності, патології розвитку плода та новонародженого, безпліддя. Тісний взаємозв'язок між репродуктивною функцією і функцією ЩЗ необхідний для забезпечення адекватного фолікулогенезу, овуляції, запліднення, функції жовтого тіла і розвитку вагітності.

Метою роботи є дослідження тиреоїдного стану у жінок із безпліддям при гіпотиреозі, що проживають в ендемічному регіоні після корекції дисфункції щитоподібної залози під час стимуляції овуляції.

Відповідно до поставленої мети і завдань дослідження проводилось у два етапи: ретроспективний аналіз медичної документації 50 жінок, які в подальшому підлягали проспективному дослідженню, в результаті якого було виявлено гіпотиреоз у 30 жінок. Вони були поділені на дві групи: 1 група – 15 жінок із безпліддям при гіпотиреозі, які після проведення стимуляції овуляції прегнілом не отримували замісної терапії (L-тироксин, йодбаланс); 2 група – 15 жінок із безпліддям при гіпотиреозі, яким застосовували гормонотерапію (L-тироксин 150 мкг/д, йодбаланс 200 МО 1р/д) після стимуляції овуляції прегнілом; 10 соматично здорових жінок з нормальною репродуктивною функцією- контрольна група.

Для оцінки тиреоїдного статусу із безпліддям визначали у сироватці крові рівні вільного трийодтироніну (fT₃) і вільного тироксину (fT₄), тиреотропного гормону (ТТГ), загального (Т₃) і загального (Т₄), а також додатково визначали рівні ЛГ та ФСГ.

При дослідженні тиреоїдного статусу у жінок рівень Т₃ при гіпотиреозі - $1,11 \pm 0,05$ пмоль/л (контроль $2,77 \pm 0,06$ нмоль/л); Т₄ - $49,1 \pm 1,18$ нмоль/л, (контроль $109,78 \pm 1,08$ нмоль/л); ТТГ - $4,8 \pm 0,08$ мМО/л (контроль $2,63 \pm 0,03$ мМО/л); fT₄ – $8,12$ пмоль/л (контроль $18,77 \pm 0,3$ пмоль/л), fT₃ - $5,67 \pm 0,06$ пмоль/л (контроль $7,63 \pm 0,03$). ЛГ, ФСГ (фолікулярна фаза) - $3,5 \pm 1,7$ мЕД/л та $1,7 \pm 0,9$ мЕД/л відповідно.

У жінок із безпліддям при дисфункції щитоподібної залози під час стимуляції овуляції та замісної терапії в лікувальних програмах спостерігається зниження рівня ТТГ до $2,63 \pm 0,03$ мМО/л, Т₃ становив $2,82 \pm 0,06$ пмоль/л, нормалізація рівня Т₄ ($109,7 \pm 0,07$ нмоль/л).

Ефективність даного комплексу діагностичних та лікувальних заходів у жінок із безпліддям та дисфункцією щитоподібної залози сприяла нормалізації її функції, що обумовило підвищення частоти настання овуляції в природному циклі в лікувальних програмах контрольованої індукції овуляції та допоміжних репродуктивних технологій, а також настання вагітності у 80 % жінок при гіпотиреозі, що більше в 6 разів, порівняно з жінками, які не застосовували даний лікувальний комплекс.

ПОСТСПЛЕНЕКТОМІЧНИЙ СПЛЕНОЗ, ЯК ПРЕДИКТОР РОЗВИТКУ РЕЦИДИВУ ХВОРОБИ ВЕРЛЬГОФА.

Олексич Т.В., Ульянич В.В. - лікарі СОКЛ

Смородська О.М. студ. 3-го курсу

Науковий керівник – к.м.н., доц. Шевченко В. П.

Сумський державний університет,

кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фтизіатрії,

Сумська обласна клінічна лікарня

Спленектомія (СЕ) у хворих на хворобу Верльгофа (ХВ), виконується у випадку неефективності консервативного лікування цього тяжкого захворювання. Не зважаючи на високий ризик оперативного втручання, пов'язаний з притаманним для цього захворювання порушеннями в системі згортання крові, СЕ продовжує активно використовуватися, так як є найбільш ефективним методом лікування ХВ. Це пояснюється тим, що оперативним шляхом